

**Bundesweit einheitliche
Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten**

Austrian Inpatient Quality Indicators

A-IQI

Informationspapier

mit häufig gestellten Fragen (FAQ's)

Stand: 26. Jänner 2012

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesgesundheitskommission
c/o Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1030 Wien

**Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte im Rahmen des Projekts
"Bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten"
Austrian Inpatient Quality Indicators – A-IQI**

Projektkoordination:

Dr. Silvia Türk (BMG)

Projektmitarbeit:

Dr. Edgar Hagenbichler (BMG)
Ingrid Rath (BMG)
Mag. Johannes Schimmerl, BA (BMG)

Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte unter Einbeziehung von Unterlagen zum G-IQI 3.1
– German Inpatient Quality Indicators Version 3.1 (Mansky, Thomas et. al.).

Wien, im Jänner 2012

INHALTSVERZEICHNIS

1	HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN ZUM A-IQI-SYSTEM	4
1.1	Allgemein	4
1.1.1	Frage: Was ist A-IQI?	4
1.1.2	Frage: Was ist die gesetzliche Grundlage von A-IQI?	4
1.1.3	Frage: Was ist bisher (Stand Mitte Dezember 2011) im A-IQI-Projekt geschehen?	4
1.1.4	Frage: Wie wird das Projekt A-IQI gesteuert?	5
1.1.5	Frage: Was kann das System?	5
1.1.6	Frage: Was kann das System nicht?	5
1.2	Daten und Indikatoren	6
1.2.1	Frage: Welche Daten werden im A-IQI-Projekt verwendet?	6
1.2.2	Frage: Warum werden für das A-IQI-Projekt Routinedaten aus der LKF Dokumentation verwendet?	6
1.2.3	Frage: Welche Indikatoren werden im A-IQI-System verwendet?	6
1.2.4	Frage: Warum und bei welchen Krankheiten wurde die Mortalität als ein Indikator ausgewählt?	6
1.2.5	Frage: Welche Indikatoren außer der Mortalität werden noch verwendet?	7
1.2.6	Frage: Wie erfolgt die Risikoadjustierung bei den Kennzahlen?	7
1.2.7	Frage: Was passiert bei auffälligen Indikatoren?	8
1.3	Peer Review-Verfahren	10
1.3.1	Frage: Was ist ein Peer Review-Verfahren?	10
1.3.2	Frage: Wann kommt es zu einem Peer Review-Verfahren?	10
1.3.3	Frage: Wie läuft ein Peer Review-Verfahren ab?	10
1.3.4	Frage: Wie wird man Peer Reviewer?	11

1 Häufig gestellte Fragen zum A-IQI-System

1.1 Allgemein

1.1.1 Frage: Was ist A-IQI?

Antwort: A-IQI ist die Abkürzung für Austrian Inpatient Quality Indicators und ist ein Projekt der Bundesgesundheitsagentur zur bundesweit einheitlichen Messung von Ergebnisqualität aus Routinedaten im Krankenhaus. Dabei werden in der Regel für einzelne Krankheitsbilder die tatsächlichen Todesfälle den statistisch zu erwartenden Todesfällen gegenübergestellt. Neben der Mortalität werden jedoch auch Indikatoren für die Intensivhäufigkeit, Komplikationen, Mengeninformation, Operationstechnik und Versorgungsprozesse betrachtet. Durch Selbstanalyse, Fremdanalyse und im kollegialen Dialog (Peer Review-Verfahren) sollen bei statistisch auffälligen Schwerpunktindikatoren qualitätsverbessernde Maßnahmen in den einzelnen Krankenhäusern abgeleitet werden. Das Projekt stellt somit einen Beitrag zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen dar.

1.1.2 Frage: Was ist die gesetzliche Grundlage von A-IQI?

Antwort: A-IQI wurde am 1.4.2011 von der Bundesgesundheitskommission (BGK) als Projekt zur Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten inkl. der Einführung bundesweiter Peer Reviews einstimmig beschlossen. Die gesetzlichen Grundlagen des Projekts sind:

- Gesundheitsqualitätsgesetz 2005
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
- Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen (BGK-Beschluss Juni 2010)

1.1.3 Frage: Was ist bisher (Stand Mitte Dezember 2011) im A-IQI-Projekt geschehen?

Antwort: Es wurden die Verantwortlichkeiten und die Zugriffsrechte auf die Daten in einem Organisationshandbuch festgelegt. Den Landesgesundheitsfonds und dem PRIKRAF wurden Auswertungen der A-IQI-Kennzahlen auf Basis des Jahres 2010, vorerst für die Schwerpunktindikatoren und später für alle Indikatoren, zur Verfügung gestellt. Außerdem fanden erste Peer Review-Schulungen für die Verantwortlichen in den Landesgesundheitsfonds bzw. des PRIKRAF und für Ärztinnen und Ärzte statt.

1.1.4 Frage: Wie wird das Projekt A-IQI gesteuert?

Antwort: Die A-IQI Steuerungsgruppe besteht aus je einem Vertreter bzw. einer Vertreterin pro Landesgesundheitsfonds, des PRIKRAF, des BMG und des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger. Die Koordinierung der Steuerungsgruppe erfolgt durch das BMG. Die Aufgaben der jeweiligen Systempartner werden im A-IQI Organisationshandbuch dargestellt.

1.1.5 Frage: Was kann das System?

Antwort: Das System stellt im ersten Schritt statistische Auffälligkeiten dar. Dabei werden vor allem die tatsächlichen Todesfälle mit den statistisch zu erwartenden Todesfällen (Zielbereichen) gegenübergestellt. Neben den Mortalitätsindikatoren gibt es auch Prozessindikatoren, die analog dargestellt werden sowie Indikatoren ohne Zielbereiche. Im nächsten Schritt erfolgt auf Ebene des **Landesgesundheitsfonds bzw. des PRIKRAF** eine **Analyse der statistischen Auffälligkeiten** (z.B. Codierungsfehler) der ausgewählten Schwerpunktindikatoren. Sind die Auffälligkeiten in diesem Schritt nicht erklärbar, werden durch ein Zusammenspiel von Selbstanalyse und Fremdanalyse im kollegialen Dialog geeignete Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung abgeleitet.

1.1.6 Frage: Was kann das System nicht?

Antwort: Folgendes wird durch das System nicht aufgezeigt:

- Statistische Auffälligkeiten bedeuten **nicht**, dass im Einzelfall ein **Qualitätsmangel** vorhanden sein muss.
- Die Darstellung der Indikatoren ist **keine** perfekte **Abbildung der klinischen Realität**.
- Die Darstellung der Indikatoren ist für sich genommen **keine wissenschaftliche Aussage**.
- Die Darstellung alleine führt **nicht** zu einer **Verbesserung der Qualität**.

1.2 Daten und Indikatoren

1.2.1 Frage: Welche Daten werden im A-IQI-Projekt verwendet?

Antwort: Im A-IQI-Projekt werden aus dem LKF-System erhobene, anonyme Krankenhaus-Routinedaten wie Mortalität, Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten, Diagnosen, Leistungen und Aufenthaltsdauer auf Abteilungen verwendet.

1.2.2 Frage: Warum werden für das A-IQI-Projekt Routinedaten aus der LKF Dokumentation verwendet?

Antwort: Diese Daten werden deshalb verwendet, weil sie vollständig vorhanden sind, keiner zusätzlichen Dokumentation bedürfen und bundesweit vergleichbar sind.

1.2.3 Frage: Welche Indikatoren werden im A-IQI-System verwendet?

Antwort: Im A-IQI-System werden Mortalitätsraten und andere Ergebnis- und Prozessindikatoren verwendet. Im derzeit verwendeten EDV-Programm (Q-DOK 1.0) decken 116 Einzel-Indikatoren aus 34 Krankheitsbereichen (Definitionshandbuch 1.0 inklusive Zusatz für 2011) etwa 25 % der Krankenhaus-Aufenthalte des Jahres 2010 ab. Es handelt sich dabei sowohl um Ergebnisindikatoren als auch um Prozessindikatoren. Prinzipiell werden die Zielbereiche mit drei unterschiedliche Methoden ermittelt. Es sind einerseits **berechnete Bundesdurchschnittswerte** auf der jeweiligen Datenbasis und andererseits in der **Literatur hinterlegte Werte** in Verwendung. Eine **alters- und geschlechtsspezifische Adjustierung** auf das Krankenhaus bezogen wird - dort wo es erforderlich ist - vorgenommen.

1.2.4 Frage: Warum und bei welchen Krankheiten wurde die Mortalität als ein Indikator ausgewählt?

Antwort: Es wird eine Messung der Sterblichkeit **für bestimmte ausgewählte Krankheitsbilder** durchgeführt und **nicht** die wenig aussagekräftige **Gesamt-Krankenhausmortalität** dargestellt. Von den derzeit 116 Einzelindikatoren aus 34 Krankheitsbereichen betreffen 85 Kennzahlen die Sterblichkeit für ausgewählte Krankheitsbilder.

Bei 55 Indikatoren werden als Zielbereiche entweder **Bundesdurchschnittswerte berechnet oder Zielbereiche aus der Literatur bestimmt.**

Betroffene Krankheitsbilder sind – teils altersgruppenspezifisch – beispielsweise Herzinsuffizienz, Schlaganfall oder Pneumonie.

Bei zusätzlichen 7 Indikatoren – teils ebenfalls aus den oben genannten Bereichen – werden **alters- und geschlechtsadjustierte Erwartungswerte** berechnet. Dies **betrifft Gesamtkennzahlen** bei:

- Herzinfarkt
- Herzinfarkt mit Linksherzkatheter
- Herzinsuffizienz
- Schlaganfall und Hirninfarkt
- Pneumonie
- Schenkelhalsfraktur

Bei 16 der 55 Mortalitäts-Indikatoren handelt es sich um Kennzahlen bei **Low-Risk Eingriffen** (z.B. radikale Prostatektomie, Adipositaschirurgie, Geburten mit Todesfällen der Mutter, etc.) bei denen die Sterblichkeit unter 0,5% der Gesamteingriffe liegt. Bei diesen Todesfällen führt in der Regel daher schon ein einziger Todesfall zu statistischen Auffälligkeiten, die jedoch statistisch nicht signifikant sind. Es handelt sich allerdings um unerwünschte Ereignisse, die eine Beschäftigung mit dem Thema Qualitätsverbesserung auf Krankenhausebene zur Folge haben können.

23 Mortalitäts-Indikatoren sind **ohne Zielwert** angegeben, dazu zählen beispielsweise – teils altersgruppenspezifisch – Indikatoren aus den Bereichen Koronarchirurgie, Herzoperationen oder Aortenklappenoperationen.

1.2.5 Frage: Welche Indikatoren außer der Mortalität werden noch verwendet?

Antwort: Neben der Mortalität werden jedoch auch Indikatoren für die Intensivhäufigkeit, Komplikationen, Mengeninformation, Operationstechnik und Versorgungsprozesse betrachtet.

1.2.6 Frage: Wie erfolgt die Risikoadjustierung bei den Kennzahlen?

Antwort: Das Komplikations- und Sterblichkeitsrisiko der behandelten Patientinnen und Patienten kann unterschiedlich sein. Entscheidende Faktoren sind dabei Begleiterkrankungen, Alter und Geschlecht. Die Art der Behandlung ist bei den hier vorgestellten Indikatoren per definitionem bereits im Indikator berücksichtigt, da die Indikatoren sich grundsätzlich nur auf **bestimmte Krankheiten oder Eingriffe** beziehen (anders als bei generellen Krankenhausindikatoren, die über alle Krankheitsarten berechnet werden).

Insbesondere die Alters- und Geschlechtsverteilung haben einen deutlichen Einfluss auf das Ergebnis und müssen daher auch berücksichtigt werden.

Bei bestimmten Indikatoren wird eine **Adjustierung nach Alter und Geschlecht** vorgenommen. Dafür werden mit der Methode der indirekten Standardisierung alters- und geschlechtsadjustierte Erwartungswerte berechnet (basierend auf geschlechtsspezifischen 5-Jahres-Altersgruppen). Diese Adjustierung erfolgt **hauptsächlich für konservative Erkrankungen**. Die erforderlichen Daten dazu wurden mittels einer Sonderauswertung vom Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG) des Bundes bereitgestellt.

Bei **altersgruppenspezifischen Kennzahlen** (z.B. bei Herzinfarkt, Schlaganfall) werden anstelle von alters- und geschlechtsadjustierten Erwartungswerten die **jeweiligen Bundesdurchschnittswerte** ausgewiesen.

Bei **operativen Krankheitsgruppen** kommt eine **durchgehende Altersstandardisierung nicht zur Anwendung**, da die Thematik der Indikationsstellung damit wegadjustiert würde. Das heißt, wenn eine Krankenanstalt verhältnismäßig häufig Patientinnen und Patienten über 85 Jahren mit einer Hüftendoprothese versorgt und dadurch die Sterblichkeit steigt, würde diese Krankenanstalt bei einer Altersstandardisierung möglicherweise nicht auffallen.

Bei **bestimmten Gruppen von Patientinnen und Patienten** werden die einbezogenen Fälle für die Kennzahlen so definiert, dass sich der Indikator auf eine **vergleichbare Gruppen von Patientinnen und Patienten** bezieht (z.B. werden bei der Cholezystektomie nur gutartige Erkrankungen einbezogen und Eingriffe aufgrund von Karzinomen ausgeschlossen).

Um eine **risikodifferenzierte Betrachtung** zu ermöglichen, werden bei bestimmten Krankheitsbildern oder Behandlungen **Untergruppen ausgewiesen** (z.B. wird bei der Sterblichkeit aufgrund von Linksherzkatheter danach unterschieden, ob ein Herzinfarkt vorgelegen hat oder nicht).

1.2.7 Frage: Was passiert bei auffälligen Indikatoren?

Antwort: Für die Schwerpunktindikatoren werden die statistischen Auffälligkeiten von den Landesgesundheitsfonds bzw. dem PRIKRAF analysiert. Ergibt diese Analyse eine unzureichende Erklärung der statistischen Auf-

fälligkeiten werden die jeweiligen statistischen Auffälligkeiten den Krankenhäusern und Abteilungen zur Selbstanalyse zugeteilt. Bei den Schwerpunktindikatoren ist eine Rückmeldung der Analyseergebnisse an die A-IQI Steuerungsgruppe vorgesehen. Diese kann die Durchführung einer Fremdanalyse mittels des Instrumentes Peer Review-Verfahren empfehlen.

1.3 Peer Review-Verfahren

1.3.1 Frage: Was ist ein Peer Review-Verfahren?

Antwort: Ein Peer Review-Verfahren stellt ein Instrument zur Fremdanalyse im A-IQI Projekt dar. Dabei werden Abteilungen, die unzureichend erklär-
bare statistische Auffälligkeiten aufweisen, von nach bundeseinheitli-
chen Standards ausgebildeten Peer-Reviewer konsultiert. Im kollegia-
len Dialog sollen dabei die Ursachen für die statistischen Auffälligkei-
ten analysiert und geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Er-
gebnisqualität gesucht werden. Die Peer-Reviews haben ausschließlich
Vorschläge für qualitätsverbessernde Maßnahmen zur Folge.

1.3.2 Frage: Wann kommt es zu einem Peer Review-Verfahren?

Antwort: Die Durchführung von Peer-Reviews kann einerseits bei unzureichend
erklärbaren Auffälligkeiten bei Schwerpunktindikatoren durch die A-
IQI-Steuerungsgruppe vorschlagen werden. Andererseits haben die
Krankenhäuser bzw. deren Träger die Möglichkeit, auch selbst bei Be-
darf ein Peer Review-Verfahren (derzeit primär für Schwerpunktindika-
toren) zu beantragen.

1.3.3 Frage: Wie läuft ein Peer Review-Verfahren ab?

Antwort: Das Peer Review-Verfahren läuft in den Schritten Selbstanalyse im
Krankenhaus, Fremdanalyse (mit dazu ausgebildeten Peer Reviewern)
und der Erarbeitung von Vorschlägen für qualitätsverbessernde Maß-
nahmen ab. Nach der durch die Krankenanstalten selbst durchgeführ-
ten Selbstanalyse wird bei der Fremdanalyse in vier Stunden mit ma-
ximal 20 Krankengeschichten eine nochmalige kollegiale Durchsicht vor
Ort durchgeführt. Dabei werden die Fälle, die die Auffälligkeit verur-
sacht haben, von den Peer Reviewern mit den Ärztinnen und Ärzten
der Abteilungen diskutiert, mit der Selbstanalyse verglichen und dann
im kollegialen Dialog mit den Abteilungsleitungen und der ärztlichen
Direktion besprochen. Als Ergebnis wird ein Bericht erstellt, der dem
Krankenhaus zur Verfügung gestellt wird und der die Ergebnisse der
Fremdanalyse und des kollegialen Dialoges sowie der vorgeschlagenen
Verbesserungsmaßnahmen beinhaltet. Die Berichte werden bei
Schwerpunktindikatoren in anonymisierter Form an die Landesge-
sundheitsfonds, den PRIKRAF und an die A-IQI-Geschäftsstelle weiter-
geleitet.

1.3.4 Frage: Wie wird man Peer Reviewer?

Antwort: Bei Peer-Reviewer handelt es sich um Primarärztinnen und Primärärzte (oder um Oberärzte und Oberärztinnen in leitender Funktion in Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten), die im Rahmen einer Schulung nach bundesweit einheitlichen Standards geschult werden. Die genauen Anforderungen und Aufgaben der Peer Reviewer sind im A-IQI Organisationshandbuch dargestellt.